

Patientsäkerhetsberättelse



Sophiahemmet
2015

S O P H I A  H E M M E T
S J U K H U S

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	1
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER 2015	2
Kvalitetsmål	3
Ansvar	4
Uppföljning	4
Strategi för att uppnå målen	4
Våra policyer	4
ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET	5
Ledningsstruktur Kvalitet/ Patientsäkerhet	6
STRUKTUR FÖR UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING	6
Förbättringar påbörjade eller genomförda 2015 för ökad patientsäkerhet	7
UPPFÖLJNING GENOM EGENKONTROLL	7
Avvikelsehantering	7
Anmälningssärenden och patientsynpunkter	8
Klagomålsärenden	8
Läkemedelshantering	8
Vårdrelaterade infektioner	9
BHK	9
Nationell mätning av Patientsäkerhetskulturen	9
Patientnöjdhet	9
WHO:s checklista	9
SBAR	10
Vårdskadestudie	10
Intern revision	10
Intern kontroll av lagefterlevnad	10
SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR	11
Arbetsgrupper/ Samverkansaktiviteter	11
RISKANALYS	14
AVVIKELSEHANTERING	14
Avvikelser	14
Händelseanalys	14
HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN ANDRA ÄN PERSONAL	15
SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE	15
Information till patient vid vårdskada	15
RESULTAT	16
Struktur- och processmått Kvalitetsmål	16
Utfall Kvalitetsmål 2015	18
Avvikelsehantering	18
Anmälningssärenden och patientsynpunkter	19
Klagomålsärenden	20
Läkemedelshantering	21
Vårdrelaterade infektioner	22
BHK	23
Nationell mätning av trycksår	24
Nationell mätning av Patientsäkerhetskulturen	24
Patientnöjdhet	25
Vårdskadestudie	25
Intern kontroll av lagefterlevnad	27
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER 2012- 2016	27

Sammanfattning

På Sophiahemmet har kvalitetsmedvetandet alltid varit närvarande. Det starka varumärket är ett uttryck för detta. En bra kvalitet måste vara något som genomsyrar hela organisationen och därför måste också kvalitetsarbetet finnas med i vardagen, på mottagningen, på vårdavdelningen och på operationssalen. Det är i mötet mellan patienten och vårdgivaren som kvaliteten ska manifesteras. För sju år sedan, den 11 december 2008, blev Sophiahemmet AB certifierat enligt SS-EN ISO 9001: 2000. Denna händelse innebar en definitiv etablering av ett kvalitetsledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med starkt fokus på patientsäkerheten. En målsättning har alltsedan dess varit att kvalitetsarbetet ska vara evidensbaserat och följa en systematik. Denna sammanställning beskriver kvalitetsarbetet vid Sophiahemmet med särskild inriktning på patientsäkerhetsarbetet.

Övergripande mål och strategier 2015

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Sophiahemmets medarbetare arbetar kontinuerligt med utveckling av kvalitet och patientsäkerhet tillsammans med patientansvariga läkare. Syftet med kvalitetsarbetet är att optimera säkerheten, att utveckla verksamheten och att garantera våra patienter tjänstens innehåll. Sophiahemmets övergripande mål är att tillgodose en hög och jämn kvalitet för patienterna. För att uppnå detta krävs god kännedom om patienternas krav och förväntningar. Alla verksamheter vid Sophiahemmet har patientens behov i fokus och gör sitt bästa för att dessa ska tillgodoses.

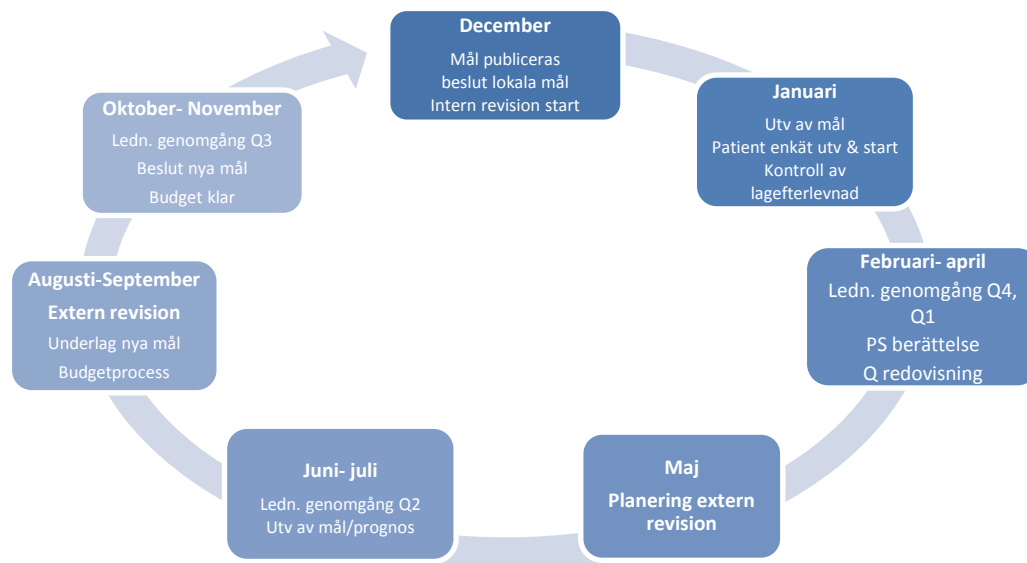
”För god och tidsenlig vård” formulerade Drottning Sofia redan 1889 sin insiktsfulla vision om Sophiahemmet och denna vision kan sägas vara en tidig målsättning för kvalitets-, vård- och omvårdnadsutveckling. Idag, mer än 100 år senare, är kravet på att kvalitetssäkra verksamheten och att utforma ledningssystem lagstadgat. För att säkerställa att lagkraven följs och att patientsäkerhet och kvalitet utvecklas, har Sophiahemmet valt att ISO certifiera verksamheterna. Redan 2004 certifierades Sophiahemmet avseende miljöledningssystemet enligt SS-EN ISO 14001:2004 och i november 2008 genomfördes en extern granskning av Sophiahemmets kvalitetssystem och granskningen visade god överensstämmelse med kraven i SS-EN ISO 9001:2000. Uppföljningsrevisioner sker årligen och fortlöpande granskningar kommer att genomföras kontinuerligt och resultatet tas till vara för att ytterligare förbättra och utveckla vården.

Grundläggande i kvalitetsarbetet är:

- Processer/system/rutiner
- Avvikelsehantering
- Uppföljning/revision
- Förbättringsarbeten

Kvalitetsarbetet har en cyklisk process som följer över året.

Kvalitetsåret



Kvalitetsmål

Sophiahemmets övergripande kvalitetsmål fastställs av ledningen vart femte år och utgår från kvalitetspolicyn samt kundkrav. Verksamhetschef ansvarar för att handlingsplaner för kvalitetsarbetet upprättas inom den egna verksamheten och resurser för arbetet ingår i ordinarie budget.

Sophiahemmets övergripande kvalitetsmål, för perioden 2012-2016, har inriktning mot ökad patientsäkerhet och tillfredsställelse genom att:

1. Minska antalet vårdskador vid strukturerad journalgranskning till 0.
2. Minska antalet VRI vid punktprevalensmätningarna till 0.
3. Förbättra följsamheten till BHK vid punktprevalensmätningarna till att bli 100 %.
4. Ytterligare förbättra positioneringarna i de Nationella Kvalitetsregister där Sophiahemmet deltar.
5. Minska andelen klagomål som berör bemötandet till mindre än 11 % av samtliga klagomål
6. Minska andelen patientsäkerhetsavvikelser med betydande eller katastrofal patientsäkerhetsrisk till 0.

Detaljerade lokala mål (delmål) utgår främst från de övergripande målen och bidrar till att Sophiahemmet kan uppfylla sina mål. Detaljerade mål fastställs årligen.

Alla detaljerade mål följs av en handlingsplan där det framgår vilka åtgärder som ska vidtas för att uppnå målen. Handlingsplanerna anger även ansvarsfördelning, tidplan och vid behov resurser för genomförandet. Varje verksamhet utarbetar handlingsplaner för de mål som är relevanta. Om ett mål uppnås genom att gällande rutiner följs behöver inte handlingsplan upprättas. Detta medför att alla verksamheter inte behöver ha handlingsplaner till samtliga mål. Handlingsplanerna inkluderas i budgetprocessen på samma sätt som annan planerad verksamhet, dvs. att resurser för genomförandet finns i den ordinarie budgeten.

Ansvar

De övergripande kvalitets- och miljömålen samt övergripande handlingsplaner fastställs av sjukhusledningen. Underlag för de lokala målen och handlingsplanerna tas fram av lokala ombud och fastställs av verksamhetschef eller enhetschef.

Uppföljning

Under året följs målen och handlingsplanerna upp av verksamhetschef/enhetschef, i samband med verksamhetsuppföljning. Kvalitetssamordnare sammanställer verksamheternas måluppfyllelse och redovisar till ledningens representant. Resultat av uppföljning rapporteras vid ledningens genomgång för att se om eventuella åtgärder behöver vidtas.

Strategi för att uppnå målen

- att den medicinska behandlingen utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet av specialister, som är patientansvariga dygnet runt (PAL)
- att den anställda personalen har rätt kompetens för sitt arbete och vid förändring av arbetet tillförs ny kompetens Utvecklings/utbildningsplan upprättas och regelbunden kompetensutveckling sker
- att genom kontinuerlig patientdialog mäta kundens/patientens tillfredsställelse med behandling och bemötande och kontinuerligt genomföra förbättringar utifrån dessa resultat
- att genom olika mätningar se till att tillgänglighet, information och uppföljning är rätt i förhållande till kundens/uppdragsgivarnas krav och behov, att öppet redovisa resultat och återföra dessa till verksamheten samt att vara öppen för nya krav och förbättringsförslag
- att ha en bra yttre och inre arbetsmiljö med ändamålsenlig utrustning
- att tydliggöra verksamhetens huvudprocess, de respektive verksamhetsprocesserna, stödfunktioner och miljöpåverkan och att ständigt förbättra verksamheten utifrån dessa
- att säkerställa att även den indirekt bedrivna verksamheten genom samverkande vårdgivare på Sophiahemmet är väl förtrogna med de uppsatta målen
- att delta i alla de punktprevalensmätningar avseende VRI och BHK som initieras varje halvår av landstinget

Våra policyer

Sophiahemmets kvalitetspolicy beskriver visioner och övergripande riktlinjer för patientsäkerhetsarbete. Policyer fastställs årligen av ledningen och är vägledande vid fastställande av mål. VD ansvarar för fastställandet av policyer och för att Sophiahemmet arbetar för att uppnå dessa åtaganden. Alla anställda ska känna till och följa innebörden av Sophiahemmets policyer och dessa finns tillgängliga via intranät och i dokumenthanteringssystem. Grunden, i såväl kvalitets- som övriga policyer, är Sophiahemmets etiska värdegrund som bygger på Professionalism, Engagemang, Tillgänglighet samt Tradition.

Kvalitetspolicy

Sophiahemmet AB:s medarbetare arbetar aktivt för att säkerställa kvaliteten och patientsäkerheten genom att:

- Patienten är i centrum och känner sig respekterad, delaktig, trygg och säker genom personalens bemötande och kompetens
- Den medicinska vården och omvårdnaden bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och bedrivs efter vedertagna och dokumenterade vårdprogram
- Patientens behov och upplevelse av vården fortlöpande mäts och utvärderas samt redovisas i ett Nöjdhetsindex som ligger till grund för fortsatt utveckling
- Övergripande kvalitetsmål är mätbara. Resultaten redovisas och återförs i verksamheterna
- Patientsäkerheten är prioriterad och förslag och klagomål från patienter och personal lyfts fram och tas om hand i varje enskilt fall.
- Avvikelsehantering är en naturlig del av det dagliga arbetet.
- Sophiahemmets läkare är ackrediterade, vilket innebär krav på att följa Sophiahemmets Ackrediteringsregler, som är Sophiahemmets regelverk för alla legitimerade yrkesutövare
- Sophiahemmets läkare har personligen ett fullt patientansvar i enlighet med PAL-systemet (patientansvarig läkare)
- Sophiahemmet rapporterar till relevanta Nationella Kvalitetsregister för hälso- och sjukvård
- Sophiahemmet AB öppet redovisar sitt kvalitetsarbete.

Policy för bemötande av patienter

Sophiahemmets grundläggande utgångspunkt är människors lika värde och respekt för mänskliga rättigheter, däribland rätten att bli behandlad med respekt och värdighet oavsett sexuell läggning, etnisk och religiös tillhörighet, funktionshinder, kön eller ålder.

Bemötandet är av avgörande betydelse i kontakten mellan patient och vårdpersonal och forskning har visat att brister i bemötandet är en patientsäkerhetsrisk. Ett respektfullt och engagerat bemötande skapar öppenhet och ömsesidighet i relationen och främjar optimal vård, behandling och tillfrisknande.

Sophiahemmet bedriver ett fortlöpande, långsiktigt och systematiskt arbete för att uppnå bästa trygghet och tillgänglighet för patienterna.

Detta sker genom att verksamheten kännetecknas av:

- Vår etiska värdegrund
- Gott bemötande
- Respekt och omtanke
- God fysisk tillgänglighet

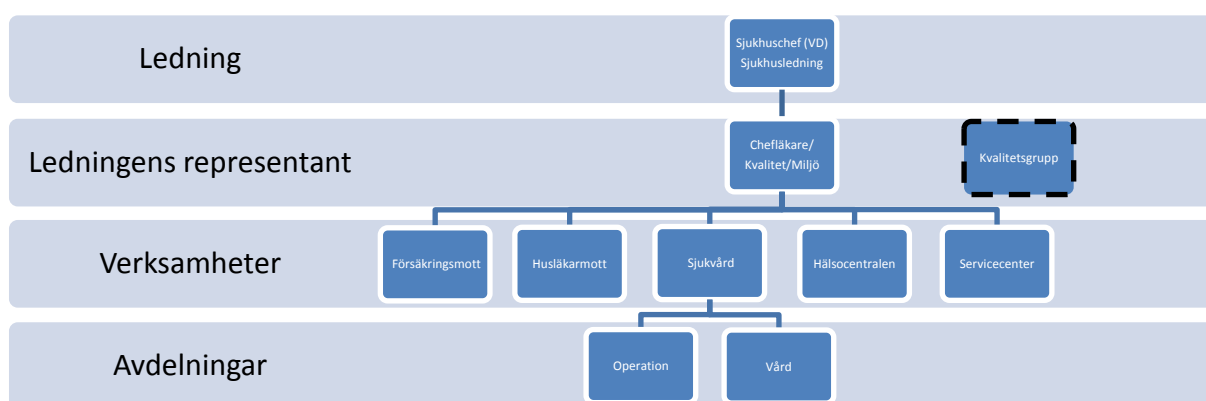
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Chefläkaren är ledningens representant i kvalitets- och miljöfrågor. Sophiahemmets kvalitetsavdelning består av chefläkare, kvalitetsamordnare och projektledare. Avdelningen är en stödfunktion som arbetar på uppdrag av Sophiahemmets ledning och har en rådgivande och stödjande funktion för verksamheterna vid Sophiahemmet. Ursprungligen bildades avdelningen, redan 2001, i syfte att skapa en helhetssyn över verksamhetsutvecklingen och för att övergripande verka för att föra utvecklingen framåt. Detta bl.a. genom omvärldsbevakning, inventering av verksamheternas behov och kompetensutveckling. En ständig strävan att göra allt lite bättre, är

alltjämt en ledstjärna. Exempel på uppdrag de senaste åren har varit införande av kvalitets- och miljöledningssystem, och arbete mot certifiering inom båda dessa områden, införande av datoriserat dokumenthanterings- och avvikelssystem och nu senast projektet Sophiahemmet hjärtsäkert sjukhus. Kvalitetsavdelningen underhåller och uppdaterar ledningssystemet samt ansvarar för att de revisioner och kontroller som krävs genomförs. I kvalitetsavdelningens uppdrag ingår också att sammanställa resultat och att redovisa dessa för verksamheterna, samt att uppdatera lagar och kontrollera efterlevnad av dessa.

Ledningsstruktur Kvalitet/ Patientsäkerhet



Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Organisationens ledningssystem och uppfyllelse av uppsatta mål övervakas genom mätning eller annan uppföljning. Mätning utförs normalt, beroende på typ av mätning, av verksamheterna eller av kvalitetssamordnaren. Mätplan för kvalitetsområdet anges i särskilt dokument. Kvalitetssamordnare sammanställer lämnade uppgifter enligt mätplanen i Kvalitetsredovisningen minst en gång/år varefter ledningen tar del av dessa, analyserar svaren i förhållande till uppsatta mål och sätter mål för nästkommande år, där hänsyn tas till förbättringsmöjligheter.

Mätning av patienttillfredsställelse sker inom Sophiahemmets verksamheter med hjälp av ett elektroniskt frågeverktyg. Mätningen sker kontinuerligt med hjälp av e-post. Kvalitetssamordnare sammanställer resultatet av dessa mätningar utifrån de övergripande kvalitetsmålen minst en gång/år. Det lokala resultatet och förbättringar inom området ansvarar verksamheterna själva för. Förbättringsarbetet utgår från avvikelserapportering, lokala "bristlistor", förslagslådor, från personal och patienter/kunders förslag på förbättringar eller från deltagande i kurser/utbildningar. Förslagen tas upp på olika former av möten, diskuteras och resulterar i nya rutiner, förbättrade/förändrade rutiner, ombyggnationer, utvecklingsarbeten eller projekt. Vid större förändringar ingår ekonomiska ställningstaganden. Processerna granskas kontinuerligt. Varje chef ansvarar för de mätningar, uppföljning av statistik och dylikt, som sker inom dennes ansvarsområde.

Sophiahemmet deltar i relevanta nationella kvalitetsregister. Dessa analyseras årligen av Chefläkare eller medicinskt ansvarig läkare och diskuteras med respektive medicinsk specialitet för att nå resultatförbättringar.

Där landstingsavtal/andra avtal finns rapporterar dessa verksamheter enligt specifika krav från uppdragsgivaren/beställaren. Utvärdering av samverkan med andra vårdgivare utförs lokalt inom olika verksamheter.

Lagefterlevnad utvärderas en gång per år för efterlevnad av lagar och andra krav.

Förbättringar påbörjade eller genomförda 2015 för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- Nya scheman som innebär jämn personalfördelning över hela veckan, Op
- Operationsguide på surfplattor som visar uppläggningar, op-galler mm (ersätter inaktuella pärmar)
- Förbättringstavla som visar då- och nuläge, Op
- Massiv utbildningsinsats för genomförandet av kompetenta team
- Tillsättning av funktionsuppdrag som kvalitets- och utvecklingsansvarig sjuksköterska, Op
- Förenklat dokumenthanteringssystem, färre dokumentkategorier och mallar
- Morgonmöten dagligen och spegling en gång i veckan för all personal, Vårdenheten
- Årlig HLR- utbildning för all personal inom Högskola och sjukhus
- Förlängda läkartider för bättre patientsäkerhet, 25 min istället för 20 min, Hälsocentralen
- Ny hemsida och förbättrad patientinformation, Hälsocentralen
- Utbildningsfilmer på intranätet inom patientsäkerhet, hygien, miljö, arbetsmiljö och HBT-normer
- Förbättrad telefonväxel vilket ökat tillgängligheten för patienterna till 100 %, HLM

Uppföljning genom egenkontroll

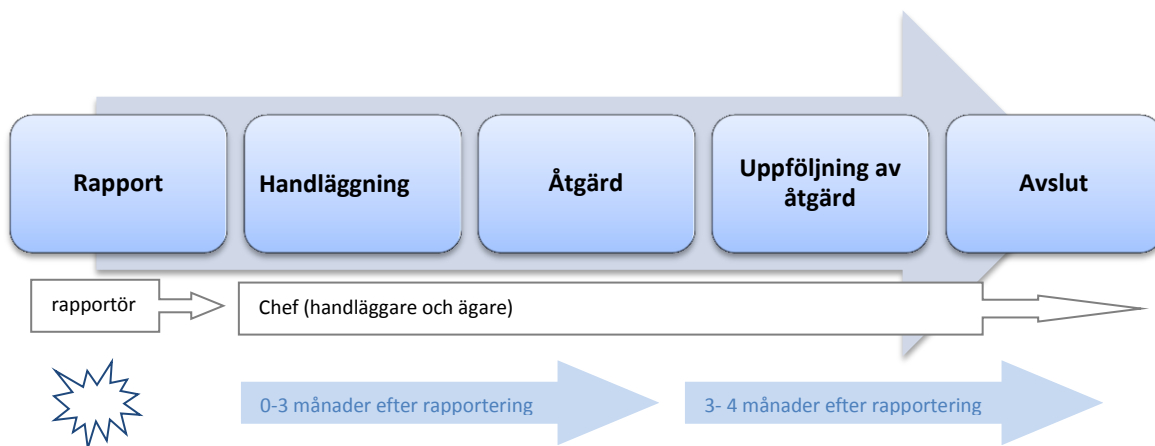
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§

Avvikelsehantering

Sophiahemmets avvikelsehantering syftar till att identifiera svagheter i systemet för att kunna vidta åtgärder för att förhindra att avvikelser upprepas och för att stärka och förbättra patientsäkerheten och kvalitet i utförd tjänst. Ett system för hantering av avvikelser är också krav i Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2011:9, samt är ett krav för ackreditering enligt ISO standarderna 14001 (miljö) och 9001 (kvalitet) i vilka båda Sophiahemmet är certifierad.

Vid årsskiftet 2009 implementerades ett elektroniskt avvikelssystem där alla medarbetare kan rapportera in direkt via Intranätet. Avvikelserna skickas med automatik från rapportör till närmaste chef som ansvarar för bedömning, genomförande av åtgärder och uppföljning. Vårdgivare rapporterar in i systemet via pappersblankett till kvalitetssamordnare som vidarebefordrar till närmaste ansvarig. Nedan beskrivs flöde, roller och tid i avvikelsehanterings process:

Avvikelsehantering process



Anmälningsärenden och patientsynpunkter

Anmälningar från patienter eller anhöriga kan ske på olika sätt, antingen från patienten eller dennes anhörig eller från någon organisation/myndighet. Patient eller anhörig kan lämna anmälan till Patientnämnden (PN), Inspektionen för vård och omsorg, IVO(tidigare HSAN, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Socialstyrelsen) eller direkt till sjukhusledningen eller chefläkaren.

De interna avvikelserapporterna kan ibland utvecklas till att bli ärenden som kräver särskild handläggning av chefläkaren. Ärenden eller händelser som leder till eller som kan leda till uppenbar risk för patientskada eller patientdöd, ska anmälas av vårdgivaren själv till IVO, i enlighet med SOSFS 2005:28, och kallas *Lex Maria-anmälan*. Chefläkaren äger beslutet om när en Lex Maria-anmälan ska göras och ansvarar för att händelseanalys utförs. Chefläkaren erbjuder också stöd och hjälp till den som drabbats av en anmälan. En viktig stödinsats, förutom den rent personliga, är att bistå vid utformandet av den anmäldes yttrande.

Klagomålsärenden

Klagomålsärenden handläggs av chefläkaren som ansvarar för bedömning, analys och åtgärd samt återkoppling till den som lämnat klagomålet. En noggrannare genomgång och analys av klagomålsärenden under fem år, 2006- 2010, genomfördes under hösten 2010. Genomgången visade att 250 klagomålsärenden lämnats in till chefläkaren under perioden samt att den största gruppen av klagomål, mer än vart femte klagomål, berör bemötandet. Under 2012- 2016 kommer särskilda insatser att göras för att förbättra bemötandet och ingår i kvalitetsmålsättningen.

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering inom Sophiahemmet följer de lagar och föreskrifter som gäller generellt och regleras internt av rutiner och instruktioner. Chefläkare och verksamhetschefer är ytterst ansvariga för läkemedelshantering. Läkemedelsansvariga sjuksköterskor erhåller delegering från chefläkare/ verksamhetschef att rekvirera läkemedel från Apoteket. Huvudsakligen rekvireras läkemedlen via nätet och webbeställningar. Läkemedelshantering är en viktig patientsäkerhetsfaktor och avvikelser rapporteras i avvikelssystemet. Sedan 2012 har obligatoriska skriftliga läkemedelsgenomgångar för alla patienter införts. Granskning av läkemedelshantering sker vart annat år inom samtliga enheter.

Vårdrelaterade infektioner

Samtliga vårdrelaterade infektioner, VRI, ska i första hand rapporteras av patientansvarig läkare till chefläkaren. Rapporteringen har följts sedan 2001 och registreras av kvalitetssamordnare. Detta är ett sätt att följa upp de vårdrelaterade infektionerna. Ett annat sätt är punktprevalensstudier av vårdrelaterade infektioner, VRI, som initierades av SKL som ett led i den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet. Hösten 2010 var första gången som Sophiahemmet deltog i mätningen och denna mätning genomförs kontinuerligt två gånger per år, under vår och höst.

Ytterligare ett sätt att följa upp de vårdrelaterade infektionerna är via svaren i den kontinuerliga patientenkäten, där patienterna tillfrågas om de drabbats av infektion efter vårdtillfället, om de behandlats för denna infektion och vem som har behandlat infektionen.

BHK

Punktprevalens mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genomfördes för första gången nationellt hösten 2010 och Sophiahemmet deltog med samtliga sjukvårdsverksamheter. Även denna mätning är initierad av SKL och är en observationsstudie som sker en angiven dag under en given mätperiod. Personalen informeras om att mätningen kommer att genomföras men inte när eller av vem. 10 personer per enhet observeras efter sju olika kriterier. Ett icke uppfyllt kriterium drar ned slutresultatet och visar att rutin eller regler ej är följda. Mätningen genomförs, som med VRI, kontinuerligt vår och höst.

Nationell mätning av Patientsäkerhetskulturen

Sophiahemmet deltar vartannat år i den nationella mätningen av patientsäkerhetskultur, nu senast 2015. Metoden är en enkät som skickas ut till all personal inom vårdverksamheterna och bygger på en amerikansk modell: Hospital Survey On Patient Safety, HSOPS, utarbetad av Agency for Healthcare research and Quality, AHRQ. Metoden finns översatt till svenska i SoS Handbok för patientsäkerhetsarbete: Att mäta patientsäkerhetskulturen. Genomförandet är en del i kvalitetsarbetet och egenkontrollen och ger en möjlighet att dels se de egna resultaten men även att jämföra med andra kliniker och landet i stort. Undersökningen kommer nationellt att upprepas vart annat till vart tredje år och resultaten kommer att kunna följas över tid. Ny mätning görs på Sophiahemmet under våren 2017.

Patientnöjdhet

Uppföljning av patientnöjdhet genomförs kontinuerligt sedan 2003. Frågor för att mäta gemensamma mål ställs generellt. Kvalitetsindikatorer med särskilt fokus är väntetid, bemötande, helhet, information och rekommendera. Varje enhet ansvarar för de frågor som ställs till patienterna och kan, förutom övergripande frågor, välja de frågor och problemområden som önskas mätas. Patienternas upplevelse av vården och bemötandet är värdefull och lärorik kunskap som återkopplas till verksamheterna via de ombud som ansvarar för undersökningarna lokalt.

WHO:s checklista

Som ett led i utvecklingen av säkrare kirurgi har WHO tagit fram en internationell checklista. Checklistan har visats sig reducera postoperativa komplikationer och dödsfall med mer än en tredjedel. På Sophiahemmet används checklistan sedan 2009. Avvikelse, som uppmärksammas i samband med genomgång av checklistan, åtgärdas direkt om det är möjligt. Avvikelse, som inte kan eller behöver åtgärdas i realtid, rapporteras, analyseras och utreds i sjukhusets avvikelssystem.

SBAR

SBAR är ett verktyg för förbättrad och säkrad kommunikationsöverföring och står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation. Sedan 2011 används verktyget i syfte att skapa standardiserad kommunikation för ökad patientsäkerhet. Kommunikationsbrister vid överrapportering mellan vårdpersonal har nationellt visat sig vara en av de vanligaste orsakerna till negativa händelser och är en patientsäkerhetsrisk. En strukturerad modell anpassad för överrapportering mellan arbetspassen på vårdavdelningen har därför tagits fram. Införandet av SBAR är ett led i upprätthållandet av en god säkerhetskultur på Sophiahemmet.

Vårdskadestudie

Socialstyrelsen presenterade hösten 2008 resultatet av den nationella granskningen av vårdskador där man fann att 8,6 procent av vårdtillfällen föranledde skador. Studier har visat att endast 10- 20% av skadorna fångas med frivillig avvikelserapportering. Som ett komplement till avvikelshanteringen pågår en vårdskadestudie, stödd med forskningsanslag från Sophiahemmet, enligt en amerikansk modell, Global Trigger Tool, GTT. Sedan 2014 används Markör baserad journalgranskning, MJG, enligt Socialstyrelsens handbok. 20 journaler per månad granskas av två erfarna sjuksköterskor. En gång per månad går chefläkaren igenom de kriterier eller "triggers" som journalgranskarna funnit och beslutar om vårdskada inträffat. Skadorna kategoriseras enligt nedanstående gradering:

- Kategori E* Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde åtgärd.
- Kategori F* Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde sjukhusvård eller förlängde sjukhusvistelsen
- Kategori G* Bidrog till eller orsakade permanent skada.
- Kategori H* Krävde livsuppehållande åtgärder.
- Kategori I* Bidrog till patientens död.

Data presenteras i tre variabler:

Skador/ 1000 vårddagar
Skador/100 vårdtillfällen
Procentuell andel av vårdtillfällen med skada

Den första studien påbörjades i mars 2009 och avslutades i februari 2010. Studien är nu inne på sitt sjunde år och ska fortsätta även under 2017.

Intern revision

Kvalitetssamordnaren godkänner planen för årlig övergripande revision i samverkan med verksamhetsansvariga. Kvalitetssamordnaren planerar och leder intern revision inom Sophiahemmet enligt rutin. Interna revisioner genomförs med hjälp av egna revisorer. Revision görs bl.a. för att kontrollera att patientsäkerheten är optimal och att de betydande miljöaspekterna omhändertas samt att verksamheten följer de rutiner och instruktioner, som utfärdats för att uppfylla lagkraven. Resultatet av revisioner rapporteras till ledningsgruppen.

Intern kontroll av lagefterlevnad

Kvalitetssamordnare ansvarar för bevakning av nyheter inom lagområden för hälso- och sjukvård samt miljö. Nyheter och ändringar rapporteras till chefläkaren och berörda arbetsgrupper som

vidarebefordrar informationen internt. Lagefterlevnaden följs årligen upp med hjälp av en enkät som skickas ut till berörda chefer och arbetsledare.

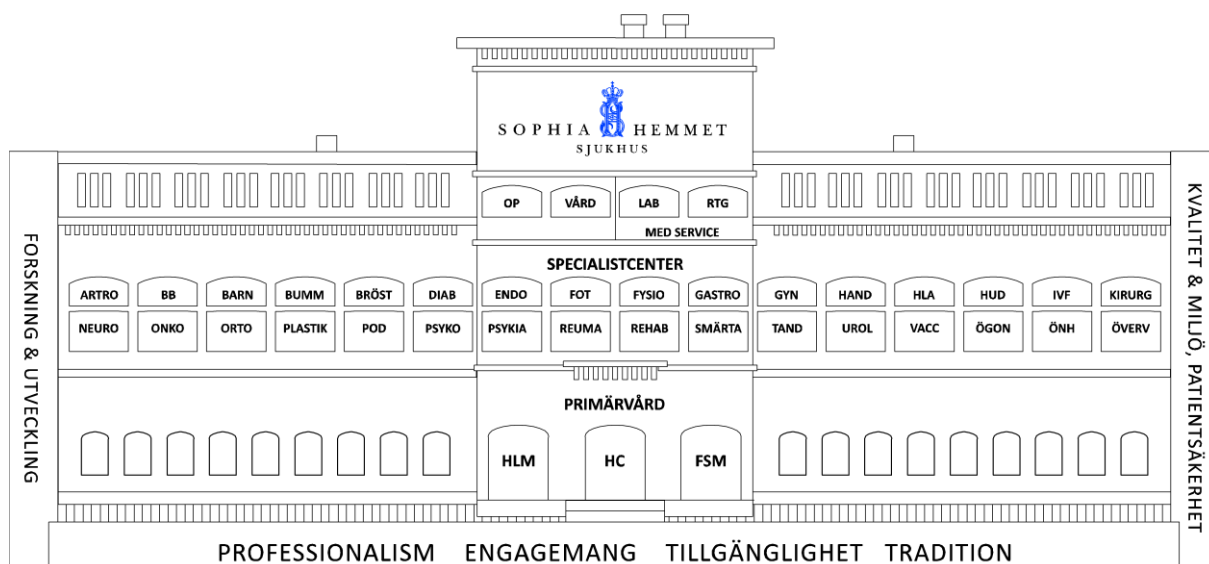
Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9, 4 kap.6§

För att säkerställa att de självständiga specialistmottagningarna med eget verksamhetsansvar, Sophiahemmets vårdgivare, kvalitetssäkrar den egna verksamheten, skickar chefläkaren info-brev till samtliga vårdgivare där kvalitet och miljö är en stående punkt.

För att upprätthålla kontakten med specialistmottagningarnas vårdpersonal anordnas mottagningsforum en gång per termin där information om pågående arbete, förändringar, resultat och uppföljningar delges och gemensamma frågor diskuteras.

Kvalitetssäkringen utgör stommen i den symboliska bilden av Sophiahemmets uppbyggnad, som vilar på den gemensamma värdegrunden och består av de många olika vårdgivarnas verksamheter, sammanhållna av den infrastruktur som sjukhuset administrerar:



Arbetsgrupper/ Samverkansaktiviteter

På varje enhet inom sjukhuset finns representanter inom kvalitet/ patientsäkerhet och hygien samt interna revisorer. Kvalitetssamordnaren, ombuden samt verksamhetens chefer har ett nära samarbete.

Kvalitet

Sophiahemmets kvalitetsgrupp har utvecklats från en liten grupp inom den slutna vården till att omfatta hela Sophiahemmets verksamhet. Verksamheterna representeras av ombud och kvalitetssamordnare är sammankallande och leder gruppens arbete. Chefläkaren ingår. Gruppen har i denna sammansättning fungerat sedan 2005 och målet var initialt att förbättra och utveckla vården och tjänsterna samt att genom detta bli certifierad enligt ISO 9001. Gruppen arbetar med förbättringar och utveckling och träffas ca 4 gånger/år samt är en stödjande funktion för egen verksamhet och vårdgivares. Minnesanteckningar finns tillgängliga för alla i dokumenthanteringssystem och via Insidan. Agenda skickas ut till berörda en vecka före arbetsgruppsmöte och finns även den tillgänglig i dokumenthanteringssystem.

Hygien

Sophiahemmet har tidigare haft avtal med Vårdhygien men nu hör hygienfrågorna hör till området Kvalitet/ Patientsäkerhet. Hygien är därmed en del av kvalitetsledningssystemet och är en del vid kvartalsgenomgångarna med verksamhetsansvariga. Verksamhetschef ansvarar för hygien inom sitt område. Chefläkaren ansvarar för samordning och spridning av information kring hygienfrågor. Kvalitetssamordnaren har delegerad arbetsuppgift att bevaka nya lagar, lagförändringar och nya dokument inom området samt är sammankallande för hygiengruppen. Gruppen har möten fyra gånger per år och deltagare är hygienombud från Sophiahemmets och representanter från de större vårdgivarna. Sophiahemmets hygienombud genomför de nationella mätningarna två gånger per år av VRI samt BHK och skickar rapporterna till kvalitetssamordnare som matar in i nationell databas.

Mottagningsforum

Detta är en av Sophiahemmets interna kommunikationsvägar. Det startade i liten skala redan 2000 och kallas idag för Mottagningsforum. I dessa möten deltar representanter för vård, operation och dagkirurgi samt mottagningssköterskor. Syftet är att ta fram enhetliga rutiner för operations- och vårdplanering och att lära av varandra. Möten hålls 1 gång/termin och är ett lunchmöte. Kvalitetssamordnare är sammankallande och föredragande för kvalitets- hygien- och miljöinformation. Verksamhetschef Sjukvård informerar om nyheter och förändringar i organisationen, marknadschef om varumärket. Minnesanteckningar förs och delges via Insidan.

Chefläkarens info-brev

En gemensam informationskanal för att nå ut till samtliga legitimerade vårdgivare som är ackrediterade till Sophiahemmet, är info-brevet som utges av Chefläkaren. Denna form av informationsaktivitet har ersatt det tidigare Medicinska Samrådet, eftersom den bättre bedöms nå ut till samtliga mottagare. I info-brevet informeras fortlöpande om ackrediteringsärenden och om olika kvalitets- och miljöaktiviteter samt om interna förändringar som är av betydelse för vårdgivarna vid Sophiahemmet. Här presenteras och påminns också om olika myndighetskrav samt informeras om nya och/eller förändrade lagar av betydelse för hälso- och sjukvården.

Gaskommitté

Sophiahemmet har, sedan våren 2008, en lokal gaskommitté i enlighet med de myndighetskrav som föreligger för en verksamhet som handhar medicinska gaser. Gruppen träffas två gånger per år och går då igenom avvikelser, uppdaterar lokal gashandbok, får återkoppling från landstingets centrala gaskommitté samt ansvarar för uppföljning av underhållsavtal och utbildning av medicinskt

gasansvarigpersonal. Verksamhetschef sjukvård är sammankallande, chefläkare, chef fastighetsdrift, drifttekniker, representanter för anestesiloger, MTA samt sjukhusapotek ingår. Adjungerad är kvalitetssamordnare. Ansvarig sjuksköterska är utsedd för den medicinsk gashantering inom varje verksamhetsområde. Ett eget utarbetat program finns för att säkerställa hanteringen av gasflaskor.

Patientsäkerhetsgrupp

För att vidareutveckla patientsäkerhetsarbetet bildades under 2012 en särskild arbetsgrupp med fokus på projektarbeten inom patientsäkerhetsområdet. Under 2014 publicerades, av arbetsgruppen, 1 poster som presenterades vid nationella Patientsäkerhetskonferensen: "vad händer på vägen?" - en studie av risker i vårdprocessen. Exempel på pågående projekt är kartläggning av relevanta nationella kvalitetsregister och hur resultat tas till vara i verksamheterna: Kvalitetsregister- vad har vi dem till?

Posters:

Författare	Titel	Publicerad
Christina Jansson, leg.SSK Peter Möller, leg.läk. MD PhD Anders Rüter, leg.läk. MD PhD	Det du inte ser- ökad förståelse och kunskap om negativa vårdhändelser med hjälp av GTT	7:e Nationella Patientsäkerhetskonferensen, januari 2013. Nominerad till bästa poster.
Christina Jansson, leg.SSK Peter Möller, leg.läk. MD PhD Anders Rüter, leg.läk. MD PhD	To See The Unseen- using Global Trigger Tool in Risk Management	International Forum on Quality and Safety in Healthcare, London, 17- 19 april 2013
Anders Rüter, leg.läk. MD PhD Peter Möller, leg.läk. MD PhD Christina Jansson, leg.SSK	Hur ser vi ut? Ett sjukhus speglar genom nationella kvalitetsregister	Nationella Kvalitetsregisterkonferensen 2013, Stockholm
Christina Jansson, leg. SSK Anders Rüter, leg.läk. MD PhD	Vad händer på vägen- avvikelser inte bara vad utan även var?	8:e Nationella Patientsäkerhetskonferensen 2014

MTA

Sedan den 1 september 2009 har Sophiahemmet ett avtal med MTA, Capio S:t Görans sjukhus. Representant för denna verksamhet deltar i möten på Sophiahemmet, som hålls 1 gång/år eller vid behov, tillsammans med sjukvårdens verksamhetschef, MTA- ansvariga sjuksköterskor, chefläkare och gasansvarig maskinist. Samtliga verksamheter, med medicinskteknisk apparatur, har ansvariga sjuksköterskor utsedda. Den viktigaste uppgiften är att bevaka att all den medicintekniska utrustning som finns i de olika verksamheterna och används inom vården, blir föremål för en systematisk kvalitetskontroll.

Kris- och beredskapsgrupp

Under hösten 2009 bildades en grupp för kris- och beredskapsfrågor på Sophiahemmet. Bakgrunden var att den nya influensan upphöjdes till en pandemi. Inför hotet om massinsjuknande och eventuella driftstörningar tillskapades en arbetsgrupp för att organisera en beredskapsplan och för att organisera den interna kommunikationen. Efter att influensan ebbade ut är nu gruppkonstellationen är vilande, men kan vid behov åter bli en verksam arbetsgrupp. Kris- och beredningsgruppen har kapacitet att akut kalla samman de specifika funktioner, som krävs vid oväntade händelser. Under 2014 publicerades en övergripande kris- och katastrofplan.

Risikanalys

SOSFS 2011:9, 5 kap.1§

Vid större förändringar av verksamheter eller vid identifierade risker, som kan medföra skador på patienter, görs en riskanalys. Riskanalysen kan utgå från befintliga processer som ska förändras eller från beskrivna processteg i planerade verksamheter.

En riskanalys omfattar följande:

- tidplan för genomförandet
- identifiering av risker i en process
- riskvärdering
- identifiering av bakomliggande orsaker
- åtgärder för att förebygga negativa händelser

VD, Chefläkare och/eller verksamhetschefer/motsvarande beslutar när och i vilken process en riskanalys ska genomföras. Till hjälp vid riskvärdering används beslutsmanual och mall för riskanalys, som båda bygger på Socialstyrelsens material i handboken "Händelse- och riskanalys". Efter att beslut har fattats utses personer som genomför riskanalysen.

VD, Chefläkare och/eller verksamhetschefer/motsvarande beslutar om vilka åtgärder som ska vidtas för att förebygga de identifierade riskerna. Den ansvariga chefen ansvarar också för att sprida kunskaper om riskanalysen. Uppföljning görs för att säkerställa om åtgärderna har haft avsedd effekt. Genomförda riskanalyser redovisas i ledningsgrupp och i andra berörda delar av organisationen.

Avvikelsehantering

SFS 2010:659,6 kap.4§, SOSFS 2011:9, 5 kap.3§, 6§

Avvikelser

Sophiahemmets avvikelsehantering syftar till att identifiera svagheter i systemet för att kunna vidta åtgärder för att förhindra att avvikelser upprepas och för att stärka och förbättra patientsäkerheten och kvalitet i utförd tjänst. Ett system för hantering av avvikelser är också krav i Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2011:9, samt är ett krav för ackreditering enligt ISO standarderna 14001 (miljö) och 9001 (kvalitet) i vilka båda Sophiahemmet är certifierad.

Sophiahemmet har använt ett elektroniskt avvikelssystem sedan 2009 där alla medarbetare kan rapportera in. Avvikelserna skickas med automatik från rapportör till närmaste chef som ansvarar för bedömning, riskvärdering, genomförande av åtgärder och uppföljning. Vårdgivare och hyresgäster rapporterar in i systemet via pappersblankett till kvalitetssamordnare som vidarebefordrar till närmaste ansvarig.

Händelseanalys

I samband med utredning av allvarigare avvikelser, där en patient har skadats allvarligt och/eller att en patient kunde ha skadats allvarligt, görs en händelseanalys. Analysen bör starta snarast efter att händelsen har inträffat. Chefläkare och/eller verksamhetschef beslutar när en händelseanalys ska genomföras. Därefter utses personerna, analysteamet, som ska genomföra den.

En händelseanalys omfattar följande:

- tidplan för genomförandet
- faktainsamling om händelsen inklusive intervjuer av berörda personer
- beskrivning av händelseförloppet
- identifiering och analys av orsaker
- analysera förhinder, barriärer
- åtgärdsförslag till förbättringar

Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3§,6§

Anmälningsärenden och patientsynpunkter

Anmälningar från patienter eller anhöriga kan ske på olika sätt, antingen från patienten eller dennes anhörig eller från någon organisation/myndighet. Patient eller anhörig kan lämna anmälan till Patientnämnden (PN), IVO (tidigare HSAN, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och Socialstyrelsen) eller direkt till sjukhusledningen eller chefläkaren.

Klagomål

Alla patientklagomål ska tillställas chefläkaren skriftligen. Klagomålsärenden handläggs av chefläkaren som ansvarar för bedömning, analys och åtgärd samt återkoppling till den som lämnat klagomålet. Klagomålsärendet avslutas och arkiveras av chefläkaren. Berörda personer får kopia på handlingarna för kännedom.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4§

Samverkan med patienter och närstående är viktigt i patientsäkerhetsarbetet. För att säkra denna samverkan lägger Sophiahemmet stor vikt vid bemötande, information och tillgänglighet och detta har varit en del av kvalitetsmålsättningen de senaste åren. Förtydligad vägledning, av patienters och anhörigas klagomål och synpunkter på vården, har publicerats på hemsidan.

Information till patient vid vårdskada

När en patient har skadats vid vård eller behandling, eller har upplevt en negativ vårdhändelse som kunde ha medfört en skada, är vårdgivaren är skyldig att snarast informera patienten om det inträffade, SFS 2010:659. Vårdgivaren bör också upprätta rutiner för hur personalen ska bemöta patienter och närstående vid tillbud eller skada, enligt SOSFS 2005:28.

En vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården, enligt Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659.

Patienten har rätt att få veta vad som faktiskt inträffat, det som gjort att händelseförloppet inte varit det förväntade eller det normala.

Till stöd vid information och bemötande då en patient skadats i vården har Sophiahemmet en rutin som bygger på de råd som LÖF tagit fram till vårdgivare:

- Förklara vad som hänt
- Lyssna på patientens upplevelse av det inträffade
- Säg förlåt, beklaga det som inträffat och visa medkänsla med patienten
- Förklara hur vi kommer att arbeta med att förhindra att liknande händer igen och inte drabbar fler patienter
- Hjälpa till att minska den medicinska skadan och visa medkänsla, så kan också risken för psykiska trauman minska
- Informera om hur patienten kan lämna klagomål eller synpunkter på vården: till verksamhetschef, chefläkare, patientnämnd eller till Socialstyrelsen
- Informera, vid behov, om patientens rätt till patientskadeersättning, gäller allvarligare personskador
- Dokumentera samtalen med patienten i journalen
- Analysera vad vi kan lära av händelsen
- Ge stöd till den personal som varit med vid skadetillfället
- Utvärdera åtgärdernas effekt och redovisa vad som gjorts, efter en tid, både till patient och personal

Resultat

SFS 2010:659 3 kap. 10§ p 3

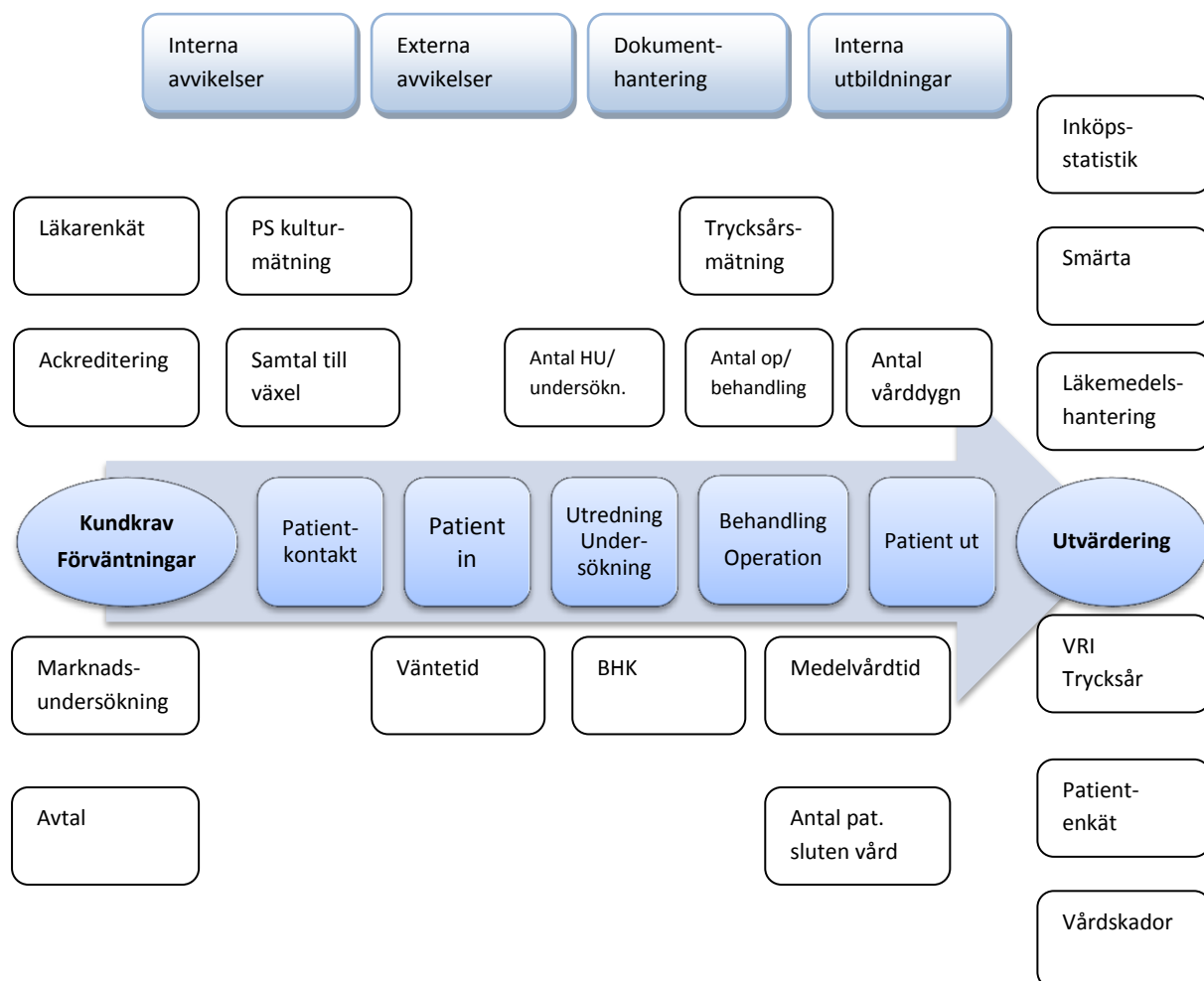
Struktur- och processmått Kvalitetsmål

Övergripande mål 2012- 2016	Detaljerat mål 2015	Handlingsplaner 2015	Resurser 2015
Kvalitetsmål 1, Vårdskador Att minska andelen vårdskador till 0 under perioden 2012- 2016 inom slutenvården	Andelen vårdskador <10%. Mäts endast inom slutenvården.	Regelbunden återkoppling av resultat	GTT, MJG,APT
		Regelbunden genomgång av rutiner	
Kvalitetsmål 2, Vårdrelaterade infektioner Att minska antalet vårdrelaterade infektioner, VRI, till 0 under perioden 2012- 2016 inom slutenvården.	Bibehålla 0 VRI. Mäts endast inom slutenvården.	Genomföra punktprevalensmätningar 2ggr/år enligt det nationella programmet	PPM VRI
		Regelbunden återkoppling av resultat till arbetsgruppen	PPM VRI, APT
		Infektionsrapportera samtliga VRI som upptäcks inom vårdverksamheterna	PPM VRI, APT
Kvalitetsmål 3, Basala hygienrutiner och klädregler Att öka följsamheten till Basala hygienrutiner och Klädregler, BHK, till 100 % under perioden 2012- 2016 inom samtliga vårdverksamheter.	Följsamhet till BHK skall ligga inom den bästa kvartilen i jämförelse med övriga Stockholms sjukhus.	Tillse att de krav som Sophiahemmets rutin, för basala hygienrutiner och klädregler, ställer efterlevs.	Centuri, APT
		Regelbunden återkoppling av resultat till arbetsgruppen	PPM BHK, APT
		Vid behov förbättra och utveckla lokala hygienrutiner	Centuri, hygienombud
Kvalitetsmål 4, Nationella kvalitetsregister Att redovisade resultat från, de för Sophiahemmets verksamheter, relevanta kvalitetsregister innebär en positionering i den bästa kvartilen i de årliga resultatrapporterna.	Att förbättra positioneringen i de årliga resultatrapporterna.	Årligen gå igenom resultatet från årsredovisningen av de nationella kvalitetsregister som Sophiahemmet deltar i.	
		Att årligen, med utgångspunkt från resultaten i årsredovisningarna och den position, som Sophiahemmet där intar, föra en dialog med berörda verksamheter och vårdgivare om förbättrings- och utvecklingsmöjligheter	

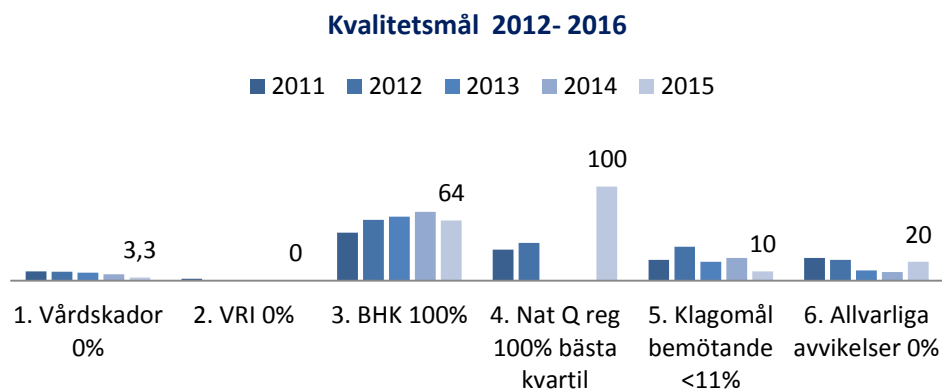
		Redovisa resultaten från alla relevanta register	
Kvalitetsmål 5, Bemötande Att minska andelen klagomål som berör bemötandet till mindre än 11 % under perioden 2012- 2016.	Att bibehålla eller minska klagomålen som berör bemötande till ≤ 14 %. Detta kvalitetsmål berör all personal – såväl egen som övriga Vårdgivares – på Sjukhuset.	Informera om att detta kvalitetsmål berör all personal på Sophiahemmet, såväl egen som övriga Vårdgivares. Tillse att rutin för handledning av patientklagomål efterlevs Se till att bemötande policy är känd i arbetsgruppen	Nyhetsbrev, mottagningsforum, APT Centuri/Insidan Centuri/Insidan
Kvalitetsmål 6, Allvarliga patientavvikelser Att antalet allvarliga patientsäkerhetsavvikelser, med betydande eller katastrofal risk, minskar till 0 under perioden 2012- 2016.	Att andelen patientsäkerhetsavvikelser med betydande eller katastrofal risk minskas till mindre än 10 %.	Regelbunden återkoppling av avvikelser till arbetsgruppen Förbättra och utveckla rutiner vb Verka för standardisering av utrustning, processer och rutiner Engagemang och fokus på patientsäkerhetsfrågor Använda/ utveckla checklistor Orsaksanalys av allvarligare PS avvikelser	APT

Utöver mätningar av Kvalitetsmålen utfall genomförs även andra mätningar av process och patientsäkerhet.

Mätningar kopplade till huvudprocessen:

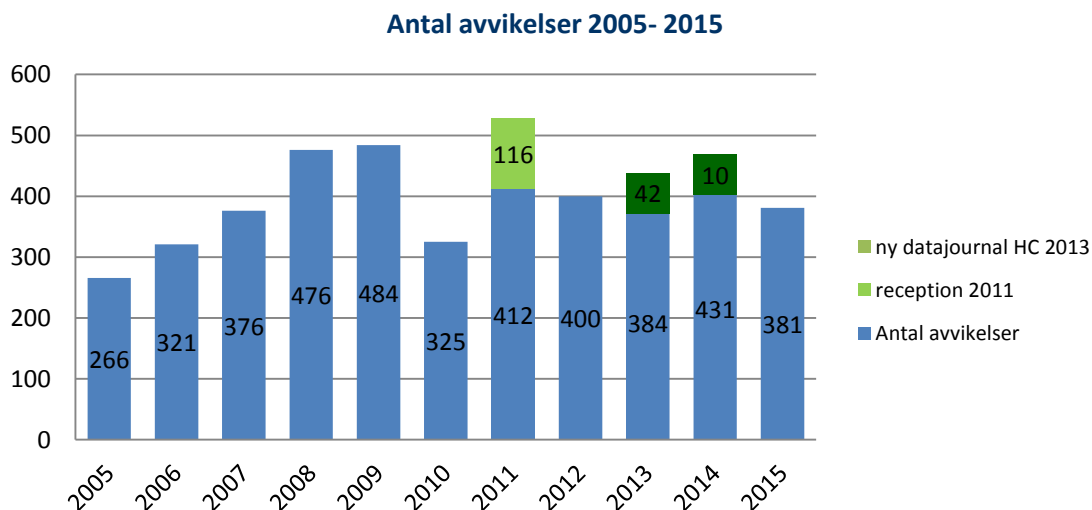


Utfall Kvalitetsmål 2015



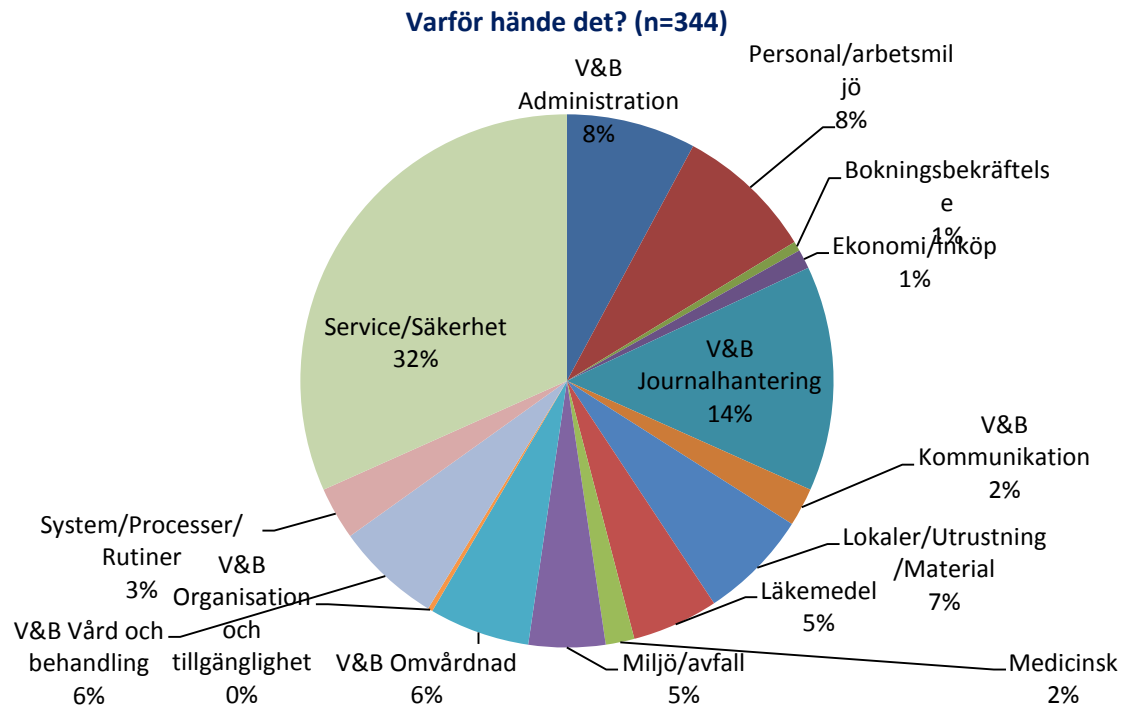
Avvikelsehantering

Viljan att rapportera avvikelser är god inom Sophiahemmet. Ett högt antal inkomna rapporter är en målsättning och ett viktigt verktyg för ökad kvalitet och patientsäkerhet och det är också ett av kvalitetsmålen. Dominerande orsak till avvikelserna kategoriseras som service/säkerhet och därefter kommer journalhantering.



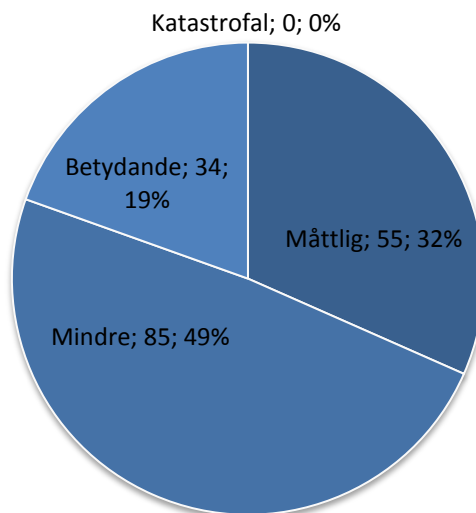
Vid avvecklingen av receptionen i huvudentrén 2011 rapporterades 116 avvikelser från intelligande vårdgivare. Vid införandet av datajournalssystem på Hälsocentralen har 42 avvikelser rapporterats 2013 och 10 avvikelser 2014. Dessa avvikelser har rapporterats in direkt till leverantörens avvikelssystem för korrekt handläggning av dem och redovisas separat.

Nedan visas resultat jan- dec 2015 av 344 bedömda avvikelser:



Avvikelser bedömda med Patientsäkerhetsrisk, 2015, av 344 bedömda avvikelser:

Avvikelser, Patientsäkerhetsrisk, 2015, n=174



Anmälningsärenden och patientsynpunkter

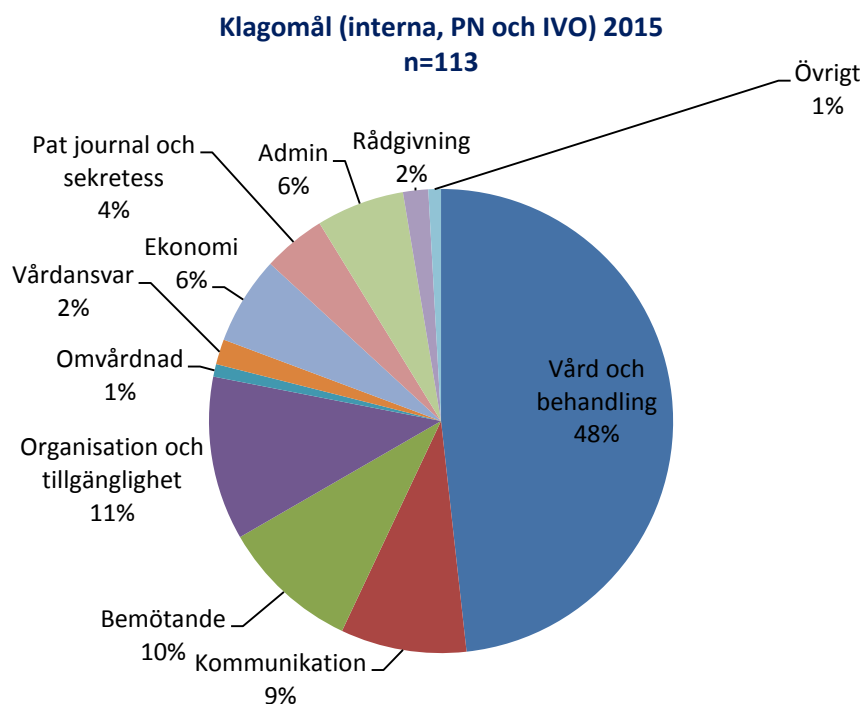
Nedan följer anmälningsärenden 2007- 2015:

Ärende	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Skriftliga klagomål	50	48	55	54	62	58	44	24	21
HSAN/Socialstyrelsen/IVO	10	7	5	12	11	11	11	5	9
Lex Maria	7	0	2	3	3	3	1	5	0
Patientnämnden, specialist och primärvård	9	17	22	*	29	33	-	-	-
PN Specialistvård							44	57	74
PN Primärvård							10	15	10

* uppgift saknas

Klagomålsärenden

Fördelning av kategorier i tabell, nedan:



Bemötandet är basalt för relationen mellan patient och läkare. Bemötandet är ett internationellt vårdproblem och bemötandebrister är föremål för forskning. Exempel på vad patienterna klagat på i bemötandet är att:

- Doktorn inte lyssnade
- Doktorn var nonchalant

- Patienten blev misstrodd
- Patienten blev inte respekterad
- Patienten blev inte sedd
- Patienten kände sig kränkt

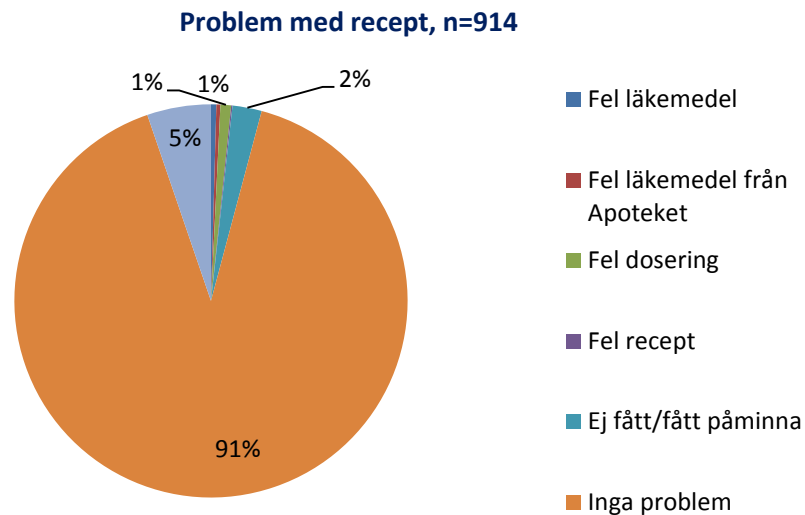
Bemötandet är en patientsäkerhetsfråga: ett dåligt bemötande leder till att patienten inte lyssnar och inte vill öppna sig, patientens compliance försämras och kommunikationen mellan läkare och patient blir störd eller avbruten vilket kan försämma eller omöjliggöra god och säker vård. Ett dåligt bemötande kan också leda till fler vårdbesök då patienten söker second opinion, andra bedömningar, om förtroendet rubbats.

Läkemedelshantering

2015 har 18 läkemedelsavvikelser rapporterats i avvikelssystemet, kategoriserade enligt nedan.

Läkemedelsavvikelse 2015	Antal
Ordination otydlig	1
Ordination saknas	1
Ordination ej utförd/felaktigt utförd	9
Övrigt	7

Läkemedelshantering är av Socialstyrelsen identifierad som en av de största riskerna i sjukvården. Ett problem i detta sammanhang är den uppenbara förväxlingsrisk som föreligger p.g.a. snarlika förpackningar. Sophiahemmet har vid ett par tillfällen under tidigare år haft fall med läkemedelsförväxling. Ökad uppmärksamhet och utbildning är ett sätt att försöka minimera detta. Resultatet av antalet läkemedelsavvikelser 2015 kan antas bero på underrapportering och är därför ett prioriterat område i patientsäkerhetsarbetet. Även lokala flödesmätningar av t.ex. ordinationer inom slutenvården genomförs. Resultaten av dessa undersökningar visar många otydligheter i skrivna ordinationer samt att dessa avvikelser varierar efter förskrivare. Uppföljning av recept och läkemedel görs även via patientdialog till slutna vård- och dagkirurgipatienter. Resultatet av 2015 års mätning visar att 75 % (715/953) fick recept vid utskrivning och att 91 % av dessa inte haft några problem med recepten efter utskrivning. Nedan visas fördelningen av problem med recept av 914 respondenter:



Läkemedel är en av Sophiahemmets betydande miljöaspekter och statistik förs över inköp och mängd läkemedelsavfall sedan 2003. Statistiken visar att mängden inköp av antibiotika minskat i inköp under 2015.

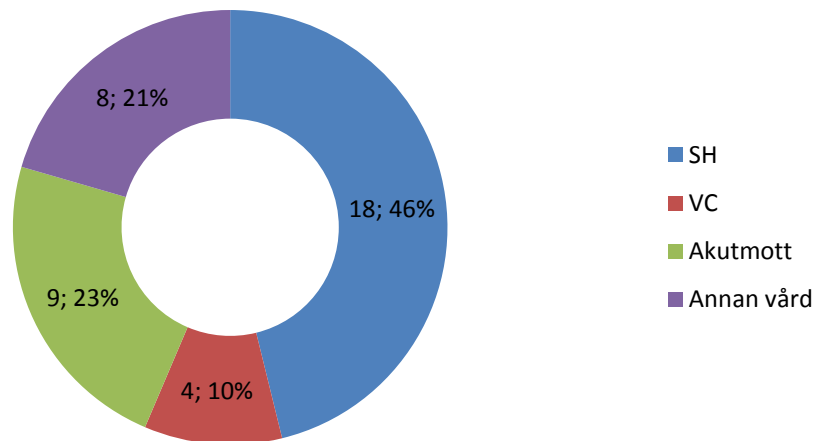
Vårdrelaterade infektioner

Samtliga vårdrelaterade infektioner ska i första hand rapporteras av patientansvarig läkare till chefläkaren. Rapporteringen har följts sedan 2001 och registreras av kvalitetssamordnare. Antalet har under åren varierat från 5 till 35 rapporterade infektioner. Under 2015 har 21 sårinfektioner rapporterats. Vårdrelaterade infektioner är av Socialstyrelsen identifierad som en av de största riskerna i sjukvården. Resultatet av antalet rapporterade infektioner 2015 kan antas bero på underrapportering och är därför ett prioriterat område i patientsäkerhetsarbetet. Infektioner följs också upp via patientdialogen som skickas till patienter som besökt slutenvård och dagkirurgi. Resultatet av 2015 års mätning visar att 13 % (86/654) av patienterna drabbats av infektion efter ingreppet/vårdtiden. Av de som drabbats av infektion uppgav 39% (35/90) att de fått behandling mot infektionen. Fördelning av behandlade infektioner:

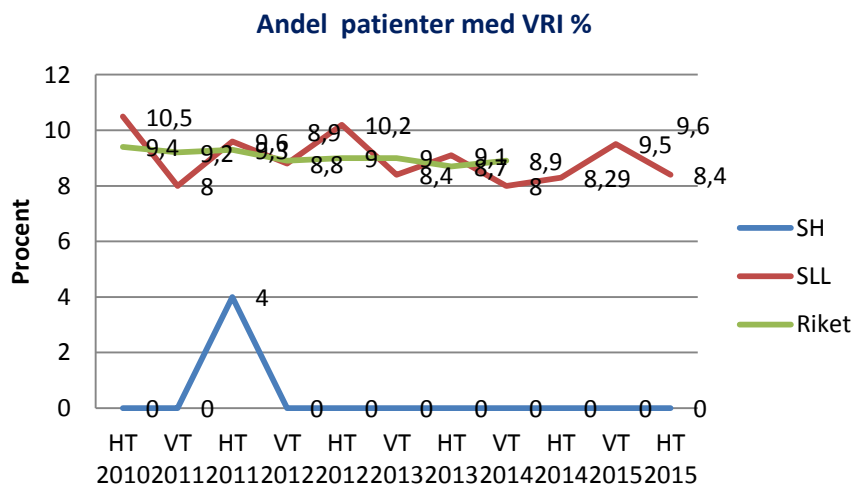
Typ av infektion	Antal
Sårinfektion	12
Urinvägsinfektion	12
Annan infektion	11

I 46 % (18/39) av fallen behandlades infektionen av patientens läkare på Sophiahemmet (här kan patienten markera flera svarsalternativ):

Behandlande läkare, n=39

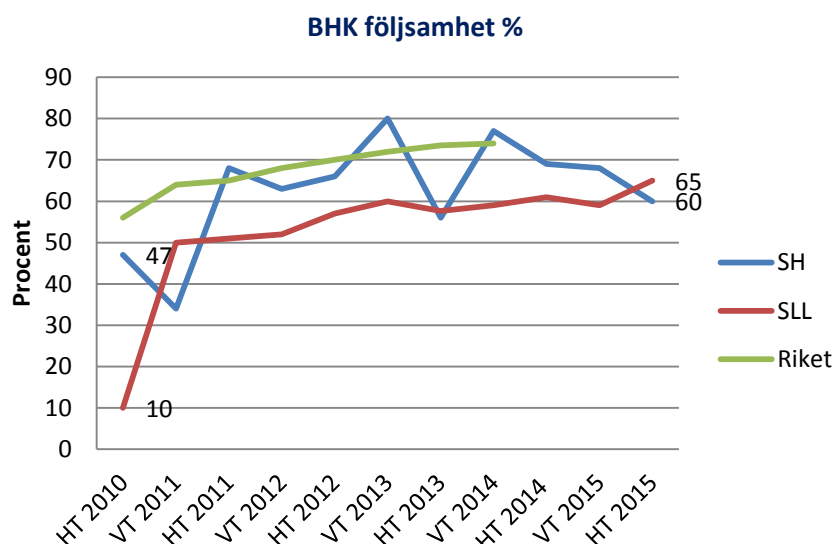


Resultatet av den nationella förekomsten av VRI, punktprevalensmätning, 2015 visar att Sophiahemmet hade 0 % VRI vid mättillfällena:



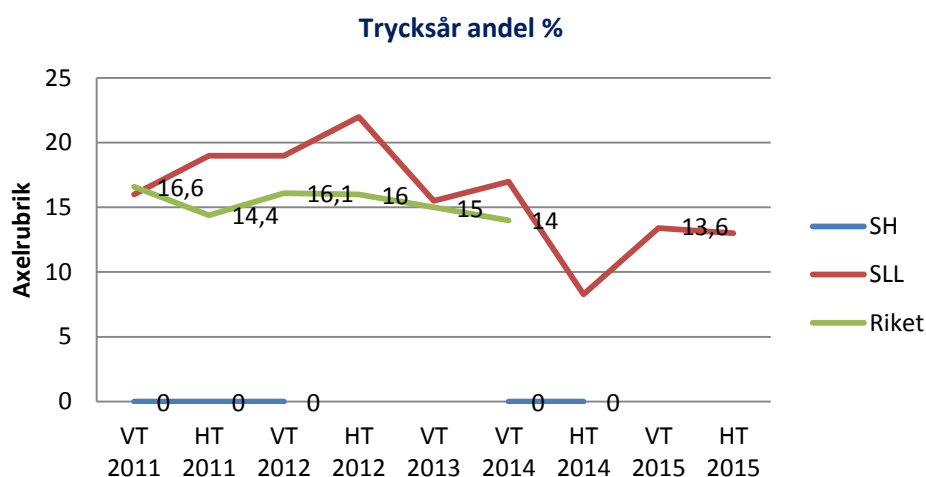
BHK

Resultatet av BHK mätningen visar generellt ett positivt resultat och att förbättringsområden finns. Vid senaste mätning hösten 2015 var följsamheten till BHK 60 % för Sophiahemmet. Mätningen genomförs, som med VRI, kontinuerligt vår och höst.



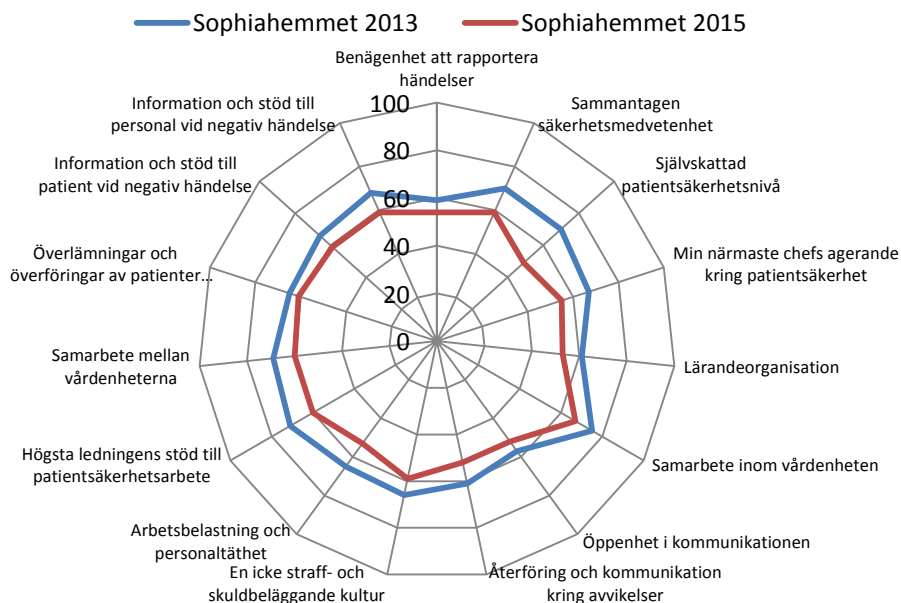
Nationell mätning av trycksår

Resultat av de tre senaste mätningarna presenteras nedan. Sophiahemmet har inte haft någon förekomst av trycksår eller tryckskador och mätningarna har visat att hud- och riskbedömning görs på samtliga patienter.



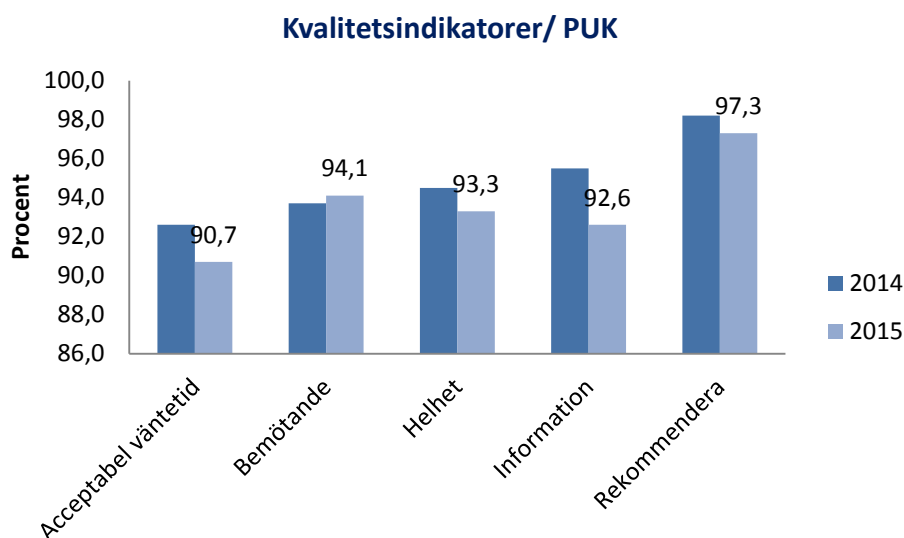
Nationell mätning av Patientsäkerhetskulturen

Vid mätningen 2015 deltog samtliga vårdverksamheter och svarsfrekvensen blev ca 77 %, 142 personer svarade. Resultatet var något lägre än vid föregående mätning och visade på förbättringsområden såsom avvikelshanteringsprocessen, öppenhet i kommunikation och återföring och kommunikation kring avvikelser, se diagram nedan:



Patientnöjdhet

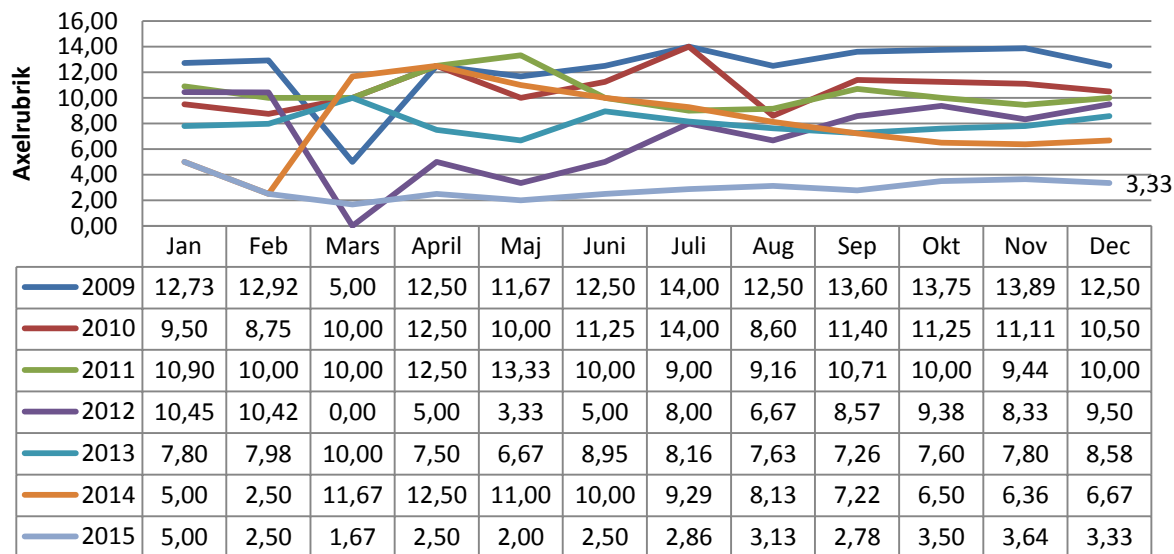
Patienternas upplevelse av vården och bemötandet är värdefull och lärorik kunskap som återkopplas till verksamheterna via de ombud som ansvarar för undersökningarna lokalt. Nedan följer patientnöjdhetsindex över utvalda kvalitetsindikatorer, under perioden 2014 till 2015:



Vårdskadestudie

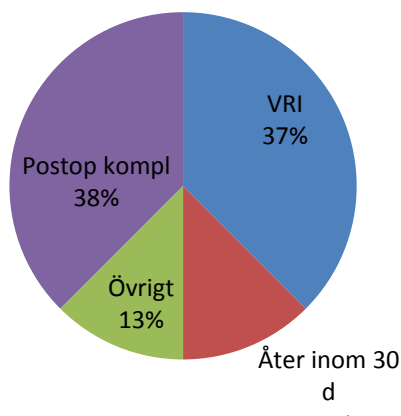
Resultat från vårdskademätningarna 2009- 2015 visar en stadig minskning av vårdskador från 12, 5 %, 2009, till 3,3 % 2015. Sedan Markörbaserad journalgranskning infördes har de undvikbara vårdskadorna minskat från 39 %, 2014, till 13 %, 2015.

**Genomsnitt av andel skador i % 2009- 2015
(GTT ersatt av MJG from 2014)**

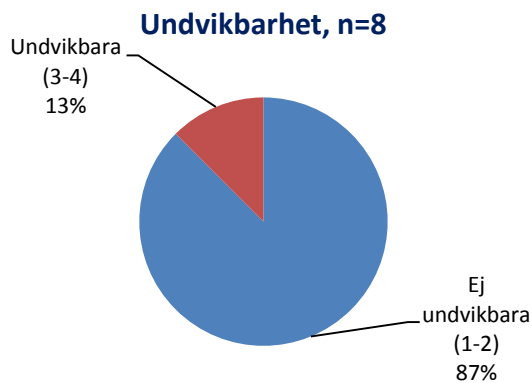


Typ av skador 2015

Typ av skador 2015, n=8



Undvikbarhet 2015



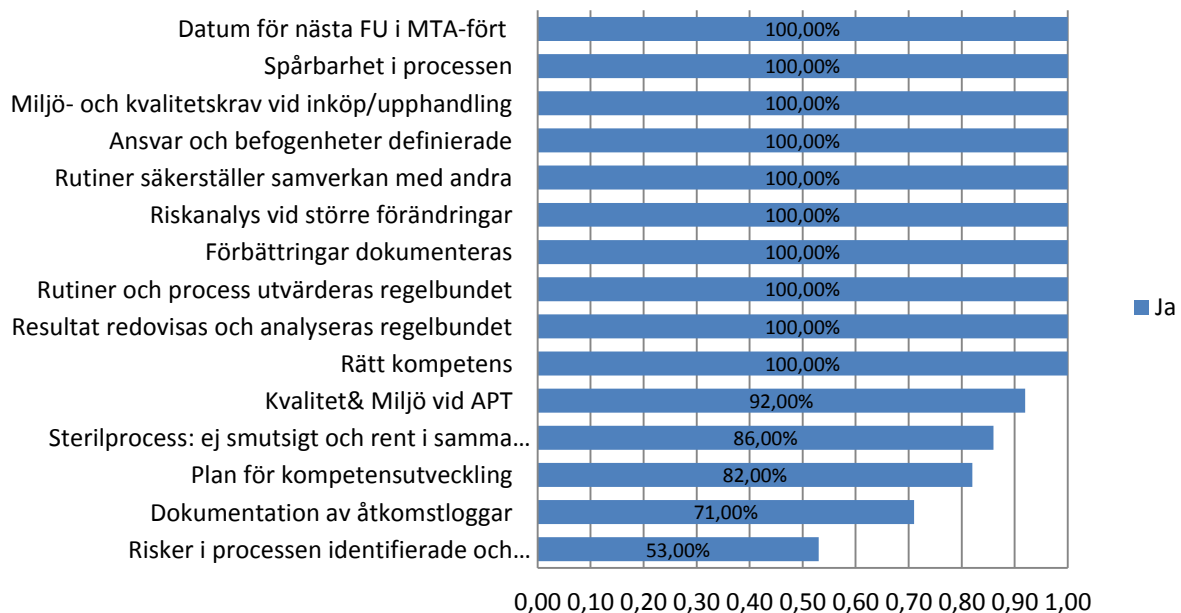
Gradering av undvikbarhet:

1. Skadan var inte undvikbar
2. Skadan var sannolikt inte undvikbar
3. Skadan var sannolikt undvikbar
4. Skadan var undvikbar

Intern kontroll av lagefterlevnad

Resultat av senaste mätning 2015 visar att lagefterlevnaden är mycket god och att möjliga förbättringsområden är att se över sterilprocess i diskrum, plan för kompetensutveckling och dokumentation av risker och åtkomstloggar.

Lagefterlevnad Kvalitet, SHAB 2016



Övergripande mål och strategier 2012- 2016

I arbetet med framtagandet av de övergripande målen har det eftersträövats att målen ska vara – mätbara, - påverkbara, - betydelsefulla, - förändra beteenden och attityder och – gemensamma för Högskolan och Sjukhuset (där så är möjligt). Kvalitetsmålen har utgått från de nationella mätningar som genomförs två gånger årligen för att höja patientsäkerheten.

För att vidareutveckla patientsäkerhetsarbetet bildades under 2012 en särskild arbetsgrupp med fokus på projektarbeten inom patientsäkerhetsområdet. Under 2014 publicerades, av arbetsgruppen, 1 poster som presenterades vid nationella Patientsäkerhetskonferensen: "vad händer på vägen?" - en studie av risker i vårdprocessen. Exempel på pågående projekt är kartläggning av relevanta nationella kvalitetsregister och hur resultat tas till vara i verksamheterna: Kvalitetsregister- vad har vi dem till?

KVALITETSMÅLEN

1. Vårdskador: att minska antalet vårdskador till 0 till år 2016. Mätetal blir den andel påvisade vårdskador i % som upptäcks i de slumpvis utvalda 240 journaler som granskas årligen enligt GTT-metoden. Denna typ av journalgranskning har genomförts under fem års tid och är en etablerad metod. Undersökningen är begränsad till slutenvården.

2. Vårdrelaterade infektioner (VRI): att minska antalet vårdrelaterade infektioner till 0 till år 2016. Mätetal blir de antal VRI som registreras vid de två gånger om året genomförda nationella mätningarna. Undersökningen begränsad till slutenvården.

3. Följsamheten till basala hygienregler och klädregler (BHK): att följsamheten ska bli 100 % till år 2016. Mätetalet blir de resultat som erhålls vid de två ggr om året genomförda nationella mätningarna av BHK. Undersökningen omfattar såväl slutenvården, som våra öppna mottagningar (Försäkringsmottagningen, Husläkarmottagningen och Hälsocentralen).

4. Nationella kvalitetsregister: att redovisade resultat från för verksamheterna vid Sophiahemmet relevanta kvalitetsregister innebär en positionering i den bästa kvartilen i de årliga resultatrapporterna.

5. Bemötande: att minska andelen klagomål som berör bemötandet med 50 % till år 2016. Brister i bemötandet är den vanligaste orsaken till klagomål och utgör 22 % av alla klagomål. Detta kvalitetsmål berör all personal – såväl egen som övriga Vårdgivares – på Sjukhuset.

6. Betydande eller katastrofala patientsäkerhetsrisker: att minska dessa kategorier till 0 till år 2016. Alla avvikelser som berör patientsäkerheten riskbedöms till fyra kategorier, där de allvarligaste är betydande eller katastrofala. Dessa utgör idag knappt 20 % av samtliga avvikelser. Detta kvalitetsmål berör all personal – såväl egen som övriga Vårdgivares – på Sjukhuset.

Kvalitetsmålen fastställdes vid ledningens genomgång i oktober 2011. Kvalitetsgruppen har arbetat med att ta fram delmål för 2016 samt handlingsplaner för att uppnå målen och identifierat vilka resurser som krävs. De övergripande målen och delmål var alla publicerade och klara i januari 2016.

FÖRFATTARE:

Jan Zedenius	Chefläkare
Christina Jansson	Kvalitetssamordnare
SOPHIAHEMMET 2016	